Aus der Königlichen Universitäts-Poliklinik für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten.

Den Dermatosen analoge Schleimhauterkankungen des Kehlkopfes.

Inaugural-Dissertation,

welche

nebst den beigefügten Thesen

mit Genehmigung der

Hohen Medicinischen Facultät der Königl. Universität Breslau

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin und Chirurgie

Sonnabend, den 21. Dezember 1901, mittags 12½ Uhr

in der

Aula Leopoldina der Universität

öffentlich verteidigen wird

Richard Rummler,

Volontärarzt an der Kgl. Univ.-Poliklinik für Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfkrankheiten.

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

Opponenten:

Herr **cand. med. Carl Nerlich.**

Herr **Dr. med. Rudolphy,**

Volontärarzt an der Kgl. Univ.-Poliklinik für Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfkrankheiten.

Breslau 1901.

Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, e. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Facultät
der Universität Breslau.
Referent: Prof. Dr. v. Mikulicz-Radecki.

Hürthle, Decan.

Nicht weit zurück liegt die Zeit, wo man über exsudative Prozesse im Kehlkopfe, sowie über ihren Zusammenhang mit gleichzeitig bestehenden oder erst später hinzutretenden Hautaffectionen nicht im mindesten unterrichtet war. Erst in den Fachzeitschriften und Lehrbüchern der letzten zwei Decennien findet man hier und da kurze und meist dunkle Bemerkungen über eigentümliche Kehlkopferkrankungen, deren Bild aber von den verschiedenen Autoren recht verschieden geschildert wird. Der weitere Ausbau der Dermatologie und Laryngologie lenkten das Interesse mehr und mehr auf das Studium des Zusammenhanges zwischen diesen Schleimhauterkrankungen und den sie eventuell begleitenden Hautaffectionen hin.

Mit der genaueren Kenntnis dieser Kehlkopfaffectionen wurden auch Stimmen laut, welche die Forderung aufstellten, die exsudativen Prozesse im Larynx von den anderen Entzündungsformen zu trennen und als eine besondere Erkrankung in einem speciellen Kapitel zu behandeln.

Andere Autoren dagegen rechnen die exsudativen Laryngitiden mit unter die katarrhalischen Erkrankungen und betrachten sie als eigentümliche Erscheinungsarten derselben. Auf ihren specifischen Charakter weisen sie nur da hin, wo sie eine Allgemeinerkrankung mit specifischen Symptomen begleiten.

Unter denen, die dieser Erkrankungsform eine besondere Stellung einräumen, herrschen noch hinsichtlich der Zuge-

hörigkeit der einzelnen Krankheiten zu der unter einem Collectivnamen zusammengefassten Gruppe, die verschiedensten Ansichten.

Schech (1) führt als zum Kapitel Laryngitis exsudativa gehörig „Miliaria, Herpes, Pemphigus, Urticaria, Lichen, Variola, Varicellen“ an.

F. Klemperer (2) spricht von der Localisation von Hautkrankheiten und parasitären Affectionen im Kehlkopfe. Unter diese Rubrik rechnet er den Herpes, Pseudoherpes, Eczem, Erythema exsudativum, Pemphigus, Urticaria und Soor. M. Schmidt (3) führt in dem Kapitel: „Die Erkrankungen der äusseren Haut, die sich in den oberen Luftwegen zeigen“, dieselben Affectionen wie Klemperer auf.

Eine bestimmte Definition von Laryngitis exsudativa finde ich nur bei Schech (4): „Die hier zu besprechenden Affectionen haben das Gemeinsame, dass bei denselben eine geringere oder grössere Menge von wässeriger Flüssigkeit teils in Form von Bläschen und Blasen, teils von diffusen Infiltraten unter die oberste Schleimhautschicht ergossen und wobei das Epithel meistens abgehoben und zerstört wird.“

Auffallender Weise rechnet nun Schech auch den Lichen in die so definierte Gruppe, obwohl bei ihm kein flüssiges, sondern ein zelliges Exsudat vorhanden ist. Dass der Lichen dieser Gruppe verwandt ist, daran ist wohl kein Zweifel. Weiter scheint mir zu bedenken, dass sich von der Urticaria das angioneurotische Ödem nicht wohl trennen lässt; ebenso werden wir noch zu erwähnen haben, dass die Laryngitis fibrinosa und der Pemphigus zusammen gehören und dass das Erythema exsudativum multiforme und nodosum deutliche Beziehungen zum Herpes und zur Miliaria zeigt.

Aus all diesen Gründen scheint es zweckmässiger, von einer Zusammenfassung der Gruppe als exsudative Laryngitiden abzusehen und dafür lieber sämtliche bisher angeführte Erkrankungen

„den Dermatosen analoge Schleimhauterkrankungen des Kehlkopfes“

zu bezeichnen und in eine Reihe verschiedener Gruppen zu zerlegen.

Als erste möchte ich die Affectionen aufstellen, welche sich durch das Auftreten von Blasen oder ihren Äquivalenten charakterisieren.

„Pemphigus, Herpes, Erythema exsudativum multiforme, Aphthen, Miliaria, Variola, Varicellen, Laryngitis fibrinosa,

als zweite die, bei denen es zu einer mehr circumscripten Anhäufung von Rundzellen kommt. „Lichen und Erythema nodosum“,

als dritte endlich die, wobei die Exsudation sich über einen grösseren Raum ausbreitet:

„Urticaria und das angioneurotische Ödem“.

Der laryngoskopische Befund bei all den Affectionen ist häufig zunächst so unklar, dass man allgemeinhin nur einen zu einer dieser drei Gruppen gehörigen Prozess im Larynx diagnosticieren kann. Spätere Schübe tragen häufig viel zur Aufklärung bei. In anderen Fällen werden früher oder später hinzutretende Hautaffectionen den Kehlkopfprozess aufklären.

Noch schwieriger gestaltet sich die Diagnose, wenn zweierlei Formen der Laryngitis exsudativa gleichzeitig auftreten, so z. B. neben typischer Urticaria im Larynx noch einige Herpesbläschen aufschiessen.

Einige in hiesiger Königlicher Universitätspoliklinik für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten beobachtete Fälle geben mir Veranlassung, an der Hand der Fachlitteratur den Versuch zu wagen, ein einheitliches Krankheitsbild jeder dieser Erkrankungsformen aufzustellen und ihre Beziehungen zu einander im folgenden zu erörtern.

Als erste Erkrankungsform der ersten Gruppe wäre

„der Pemphigus“

zu besprechen.

Die Formen, in denen er auf der Haut Erscheinungen zu machen pflegt, treten mehr oder minder ausgeprägt im Larynx auch auf. Wir finden dort den Pemphigus benignus, malignus, foliaceus, exulceraus, vegetaus etc.

Die Dauer seines Bestehens sowie sein Verlauf ist sehr verschieden. Schech (5), Schrötter (6) und Luithlen (7) unterscheiden einen acuten und chronischen Pemphigus, während Max Joseph (8), Thost (9), Heryng (10) und Menzel (11) in allen ihren Fällen einen chronischen Verlauf beobachteten.

Der acute Pemphigus scheint mit Temperatursteigerungen unter dem Bilde einer Infectionskrankheit zu verlaufen [Wagnier (12)]; beim chronischen Pemphigus ist das nicht häufig. Thost (13), Heryng (14), Charter Symonds (15) und J. Killian (16) beobachteten niemals Fieber dabei, obwohl Max Joseph (17) in seinem Lehrbuche angiebt, jedesmal Temperatursteigerungen bei der Blaseneruption gefunden zu haben.

Die alleinige Localisation des Pemphigus im Larynx ist äusserst selten. Wagnier (18) berichtet über einen Fall, der unter dem Bilde einer acuten Halsentzündung aufgetreten war.

Unter drei Fällen von Riehl (19) war nur einer, wo die Affection auf den Larynx beschränkt blieb.

Manchmal beginnt die Erkrankung im Kehlkopfe und bleibt dort monatelang stationär, ehe sie sich auf die Umgebung ausbreitet. [J. S. Richards (20).]

In der grössten Anzahl der Fälle jedoch tritt früher oder später eine Hautbeteiligung hinzu. [Heryng (21), Riehl (22), J. Killian (23), Max Joseph (24) und Fuchs (25).]

Irsai (26) berichtet über einen Fall, bei dem Schleimhaut und Haut gleichzeitig befallen wurden.

Oft ist der Larynxpemphygus mit Xerosis der Augenbindehaut verbunden. [Alexander Baurowitz (27), Charter Symonds (28).]

Thost (29) stellt an der Hand von acht Pemphygusfällen unter anderem die These auf, dass beim Schleimhautpemphigus regelmässige Beteiligung der Augenbindehaut, die zu essentieller Schrumpfung und später zur Phthisis bulbi führte, vorhanden wäre.

Von 107 Pemphigusfällen Frankes (30) verliefen 26 lediglich als Mucosaerkrankungen, davon 13 nur als Augenaffectionen, die anderen 13 als Augenaffectionen verbunden mit Erkrankungen der Nasen-, Mund- und Kehlkopfschleimhaut.

Selten sieht man die grossen in geringer Anzahl vorhandenen Blasen, welche das Charakteristische für Pemphigus sind, viel häufiger deren Äquivalente.

Hinsichtlich der histologischen Bestandteile der Blasen gehen die Ansichten, die sich allerdings wesentlich auf die ähnlichen Veränderungen an der äusseren Haut beziehen, auseinander.

Nach Kaposi (30) ist der Hautpemphigus dadurch charakterisiert, dass die Blasendecke von der gesamten Epidermis gebildet wird. Kreibich (31) kommt in seinen histologischen Untersuchungen über den Pemphigus der Haut und der Schleimhaut zu dem Ergebnis, dass es sich um eine vollständige Abhebung des Epithels handelt.

Ob sich Blasen auf der Schleimhaut bilden, hängt ab von der Schnelligkeit der Exsudation.

Bei langsamer Exsudation kommt es nach Chiari (32) ohne Blasenbildung zu einer Erhebung und Trübung des Epithels mit Gerinnung des Exsudates; es bildet sich eine weisslich-graue oder graugelbe Auflagerung, die einer Diphtheriemembran ähnelt.

Killian (33) und Mandelstamm (34) nehmen einen Pemphigus ohne Blasenbildung an, während Menzel (35) in seinen Untersuchungen über den Pemphigus der oberen Luftwege zu dem Resultate kommt, dass ein Stadium der Blasenbildung bei Pemphigus chronicus abgelöst wird von einem Stadium, in dem man auch bei sorgfältiger Beobachtung keine Blasen zu sehen bekommt.

Das laryngoscopische Bild ist äusserst bunt gestaltet, je nachdem man die Untersuchung gleich nach dem Auftreten der ersten Krankheitssymptome oder erst später vorzunehmen in der Lage ist. Wie schon erwähnt, sind Blasenbildungen selten zu sehen. Selbst wenn eine solche wirklich stattgefunden hat, beobachtet man nur deren Reste, Fetzen abgehobener Epidermis, epithelentblösste, in den Randpartieen von einem Entzündungshofe umgebene Stellen, graugelbe oder weissliche Beläge.

Der Pemphigus localisiert sich im Larynx meist an der Epiglottis, und zwar an ihrem freien Rande, an ihrer lingualen Fläche und am Petiolus. In zweiter Reihe erst werden die Pl. ary-epiglotticae, die Aryknorpelgegend, die Taschenbänder und Stimmlippen befallen.

Wir beobachteten einen Fall, bei dem es sich um Blasenbildung im Larynx und den angrenzenden Gebieten handelte.

Fall I. Emma R., 58 Jahre alt, aus Breslau, suchte am 7. V. 1898 Hilfe in der Poliklinik nach wegen Schlingbeschwerden und heftigem Brennen im Halse, welches ungefähr seit 3 Monaten bestand.

Anamnestisch ergab sich folgendes: Ausser einigen Kinderkrankheiten, deren Namen sie nicht mehr wusste, will Patientin bis vor 4 Jahren, wo sie an Gallensteinkoliken litt, nicht krank gewesen sein. Bald nach dieser Affection erkrankte sie an einem bläschenförmigen Hautausschlage und wurde in der Hautklinik behandelt. Einige Zeit darauf stellten sich bei ihr Schlingbeschwerden ein, weshalb sie von einem Kollegen eine Medicin erhielt, die ihr aber nicht half.

Die Untersuchung ergab folgenden Befund: Die Rachenschleimhaut ist wenig gerötet, die Zungentonsille etwas vergrössert. sodass sie die Epiglottis berührt. Auf der Innenfläche der Epiglottis, die blassrot aussieht, findet sich linkerseits eine runde, circumscripte, mit grauweissem Belage versehene Stelle, die fast die ganze Hälfte der Epiglottis einnimmt. Die Aryknorpelgegend ist beiderseits geschwollen, bis kleinbohnengross vergrössert. Links wird die Gegend des Santorini'schen und Wrisberg'schen Knorpels ebenfalls durch ein etwas länglich geformtes Ulcus bedeckt, welches mit grauweissem Belage überzogen ist. In der Mitte scheint eine rötliche, wohl

granulierende Stelle hindurch. Sonst nichts Pathologisches im Larynx.

10. V. Unter Jodoformbehandlung gehen die Ulcera zurück.

15. V. Binnen 24 Stunden ist ein plötzlicher Nachschub eingetreten. Patientin wird der Hautklinik überwiesen und dort der Verdacht auf Pemphigus durch Geheimrat Neisser bestätigt.

31. V. Die Epiglottis ist wenig ödematös. An der laryngealen Seite derselben finden sich heute zwei weissgraue, rundliche, umschriebene Stellen, die sich nicht von den erst beschriebenen unterscheiden. Bemerkbar ist nur rechts dicht neben der Medianlinie eine erbsengrosse, fast wasserhelle Blase von ziemlich praller Füllung. An der hinteren Rachenwand finden sich ebenfalls zwei rundliche, weissgrau belegte Ulcera, die miteinander im Zusammenhang stehen; dieselben liegen in der Höhe der Aryknorpel.

1. VI. Von der Blase an der Epiglottis heute nichts mehr zu sehen, dagegen eine neue auf der Zungentonsille rechts, dicht am Ansatze des Lg. glosso-epiglotticum.

2. VI. Während im Larynx wenig Veränderungen eingetreten sind und der Belag an der rechten Seite der Zungenwurzel sich verringert hat, ist an der hinteren Rachenwand, an der Pars oralis, eine wie eine Epiglottis geformte weissgraue Stelle aufgetreten, in deren Mitte zwei punktförmige Hämorrhagieen übereinander liegen.

3. VI. Die Flecken an der Zungenwurzel fast verschwunden, die an der hinteren Rachenwand in derselben Grösse vorhanden.

13. VI. An der Rachenwand alles verheilt. An der Epiglottis in der Mittellinie und etwas nach rechts gelegen eine kleine erbsengrosse frische Excrescenz.

17. VI. An der hinteren Rachenwand, die ziemlich gerötet erscheint, findet sich in der Höhe des Zungenrückens ein linsengrosses, zartes Bläschen. An der laryngealen Epiglottisseite war vor 3 Tagen eine neue Eruption sichtbar, die jetzt wieder im Abheilen begriffen ist. Heute findet sich in der Mitte derselben eine fast bohnengrosse, blasenförmige Abhebung der obersten Schleimhautschicht. Die Blase an der hinteren Rachenwand platzt beim Untersuchen. Ihr Inhalt ist serös.

Das Befinden der Patientin besserte sich allmählich. Medicamentös liess sich die Affection nicht beeinflussen.

Es handelt sich um einen chronischen, schubweise auftretenden Pemphigus der Larynx- und Pharynxschleimhaut ohne Beteiligung der Conjunctiva. Nach der Anamnese

könnte es vielleicht möglich sein, dass geraume Zeit vor Eintritt in die Behandlung eine gleichartige Hauterkrankung vorhanden war; doch liess sich Genaueres nicht feststellen. Jedenfalls handelte es sich, so lange Patientin in unserer Behandlung stand, um eine alleinige Rachen- und Kehlkopferkrankung.

Geteilte Ansichten herrschen über die Ätiologie des Pemphigus. Ich darf hier wohl auf die dermatologischen Handbücher verweisen, da über die Ätiologie des Schleimhautpemphigus nichts Specielles bisher bekannt ist.

Treten wir nun der Differentialdiagnose des Pemphigus näher, so kommen bei vorhandener Blasenbildung, wenn Variola, Varicellen, Maul- und Klauenseuche durch das Fehlen der Allgemeinerscheinungen ausgeschlossen sind, nur Herpes und Erythema exsudativum multiforme in Betracht.

Beim Pemphigus sind die Blasen relativ gross, pflegen in weiteren Abständen vereinzelt und unregelmässig zerstreut aufzutreten, während für Herpes kleinere, in Gruppen angeordnete, häufig bloss auf eine Seite localisierte Bläschen sprechen.

Sind die Blasen geplatzt und durch Gerinnung des Exsudates Membranen entstanden oder von vornherein Exsudatmembranen gebildet, so lässt sich aus dem Spiegelbilde allein die Diagnose nicht stellen; hier giebt eine etwaige Hautbeteiligung und der ganze Krankheitsverlauf den Ausschlag.

Bei Erythema exsudativum multiforme ist der Beginn schon ausgezeichnet durch hohe Temperatursteigerungen, sehr heftige Schmerzen beim Schlucken, lebhaftes Brennen im Larynx, rheumatisches Ziehen in den Gelenken. Pemphigus tritt selbst in den acuten Fällen nicht mit so hohen Temperatursteigerungen und alarmierenden Allgemeinerscheinungen auf; bei den häufigeren chronischen Fällen sind die Beschwerden überhaupt nur gering. Beim Erythema exsudativum multiforme macht jeder Schub grosse Beschwerden, und auch die Recidive geben an Heftigkeit

dem ersten Anfalle wenig nach. Der laryngoscopische Befund wird nur dann entscheidend sein, wenn die Erscheinungen für Erythem sehr prägnant sind. Die Hautbeteiligung wird auch hier in vielen Fällen, abgesehen von den Allgemeinerscheinungen, den Larynxsprozess aufklären.

Ätzende Substanzen erzeugen durch ihre Einwirkung auf die Schleimhäute der oberen Luftwege ähnliche Erscheinungen wie die Membranbildungen beim Pemphigus.

Denkt man aber nur überhaupt bei Belägen in den oberen Luftwegen an die Möglichkeit einer Verätzung, so werden sich bald auch andere Anhaltspunkte für deren Annahme finden, so z. B. regelmässige Beteiligung der Lippen bei den durch Trinken oder Gurgeln stattgefundenen Verätzungen. Ferner werden sich solche Beläge vorwiegend an typischen Stellen, Isthmus faucium, finden. Häufig wird auch ein specifischer Geruch oder eine charakteristische Färbung von Schleimhautteilen — z. B. Braunfärbung bei Ammoniakvergiftung — zur Diagnose verhelfen. Bei ausgedehnten Verätzungen werden sich die bekannten schweren Intoxicationserscheinungen entwickeln.

Ferner wäre Diphtherie, bei der die Membranbildung ein ähnliches Bild ergeben kann, und in leichteren Fällen bei wenig Fieber auch die Allgemeinerscheinungen kaum mehr als beim Pemphigus hervortreten, in den Kreis der Erörterungen zu ziehen. Der Hauptunterschied zwischen beiden Affectionen liegt, wenn wir von der Localisation der Membranen absehen, die bei Diphtherie vorwiegend, sich beim Pemphigus selten auf den Tonsillen und Gaumenbögen vorfinden, wohl in der Resistenz und Adhärenz derselben. Beim Pemphigus sitzen sie sehr locker, sind äusserst leicht zerreisslich, werden durch eine kleine Schluckbewegung abgelösst, dagegen zeichnen sich die Diphtheriemembranen durch eine gewisse Derbheit und festes Anhaften aus.

Sind die Erscheinungen nicht so sehr ausgeprägt, ist die Erkrankung erst im Beginn, so kann nur die bacteriologische Untersuchung die Affectionen klarstellen.

Gegenüber Lues II und III kommen etwa folgende Gesichtspunkte in Betracht.

Die Beläge bei Lues II zeigen eine mehr perlgraue Oberflächenfärbung, während beim Pemphigus fast rein weisse, leicht abstreifbare Exsudatmembranen auftreten, in deren Umgebung eine heftige reactive Entzündung zu bemerken ist. Drüsenschwellungen, typische Erscheinungen für Lues, fehlen beim Pemphigus. Tritt beim Pemphigus Hautbeteiligung ein, so pflegt der ganze Körper befallen zu werden, während der Pemphigus syphiliticus sich häufig streng auf Palma manus und Planta pedis beschränkt. Lesser (36). Bei vollkommener Unsicherheit der Diagnose wird eine antiluetische Behandlung einzuleiten sein; jedoch wäre dazu nur dann zu sehreiten, wenn die strikteste Indication dafür vorliegt, denn der Pemphigus wird durch Quecksilber, namentlich wenn noch eine Stomatitis hinzutritt, arg verschlimmert.

Schliesslich wären noch Aphthen zu erwähnen. Die typischen Erscheinungen im Munde pflegen stets mit dem seltenen Auftreten dieser Affection im Larynx einherzugehen. Die einzelnen Efflorescenzen bei Aphthen sind klein; es fehlen die lockeren, membranösen Auflagerungen. Auch treten die Aphthen nach längeren, ganz freien Pausen schubweise in reichlicher Anzahl auf, während beim Pemphigus die Pausen klein sind, auch nicht ganz ohne Veränderungen an der Mucosa verlaufen und die Recidive sich über bedeutend längere Zeit als bei Aphthen erstrecken.

Einen deutlichen Unterschied gegenüber Pemphigus bietet

„der Herpes".

Man unterscheidet einen acuten und einen unter wiederholten Schüben verlaufenden chronischen Herpes.

M. Schmidt (37) berichtet über zwei Fälle von chronischem Herpes, von denen einer die Affection bis in sein 80. Lebensjahr hatte.

Beide Formen werden von Temperatursteigerungen begleitet; jedoch pflegt das Fieber beim chronischen Herpes nicht hohe Grade zu erreichen [Scholefield (38), Stepanow (39), Brindel (40), Schech (41), Paul Olivier und A. Sauvagnat (42)].

Nur in vereinzelten Fällen, und dann häufiger bei der acuten Form [Castanneda (43), Davy (44), Grognot (45)] localisiert sich der Herpes allein im Kehlkopfe. Paul Olivier und A. Sauvagnat (46) führen von 25 Herpesfällen, die sie in der Litteratur bis 1899 veröffentlicht fanden, nur vier auf, wo die Affection auf den Larynx beschränkt blieb. Unter den 6 Fällen Chapmanns (47) war nur einer mit alleiniger Larynxbeteiligung. Sonst pflegt Larynxherpes mit Eruptionen auf den anderen Schleimhäuten der oberen Luftwege, sowie auf der äusseren Haut, und zwar dort am häufigsten am Lippenrande [M. Schmidt (48)], zusammen aufzutreten.

Auch beim Herpes bietet der Spiegelbefund, je nach der Zeit der Untersuchung, ein wechselndes Bild.

Neben katarrhalischen Erscheinungen finden wir mehrere kleine, eine gewisse Gruppierung aufweisende Bläschen, oder noch viel häufiger deren Äquivalente, kleine graue, trübe Auflagerungen, seichte Geschwüre. Letztere heilen ohne Narbenbildung ab.

Die Bläschen treten an der Epiglottis, und zwar an ihrem freien Rande, dann auf den Lgg. ary-epiglottica, der Arygegend, Taschenbändern und Stimmlippen auf [Olivier und A. Sauvagnat (49)]. Die Bläscheneruption breitet sich auf einen bestimmten Kehlkopfabschnitt aus, der bei den einzelnen Eruptionen wechselt. Diffuse Ausbreitung sah M. Schmidt (50). Spärliche Angaben über einseitige Localisation finden wir bei Grognot (51).

Wir sahen folgende Herpesfälle:

Fall II. Karoline E., 62 Jahre alt, Wittfrau aus Wohlau.

Patientin ist asthmaleidend und längere Zeit schon heiser. Im vergangenen Jahre will sie eine Urticaria durchgemacht haben. Befund: Das linke Taschenband ist stark geschwollen

und höckrig, bedeckt fast vollkommen das scharf gezeichnete, ganz unbeteiligte Stimmband. Rechtes Taschenband ebenfalls geschwollen, jedoch im geringeren Masse als das linke, sodass das Stimmband hinten ordentlich sichtbar ist. Hintere Larynxwand und die Gegend des linken Aryknorpel verdickt.

1. VI. 1900. Beide Taschenbänder und Interarygegend mässig geschwollen. Inhalationen mit Mentholemulsion.

25. VI. Epiglottis stark gerötet, am vorderen Rande etwas verdickt. Beide Taschenbänder stark verdickt, sodass nur schmale Streifen der Stimmlippen zu sehen sind.

9. VII. Patientin hat angeblich gestern einen Erstickungsanfall gehabt, nach demselben will sie Blut gehustet haben. Heute an der lingualen Seite der Epiglottis eine Anzahl ganz kleiner gelblicher Bläschen. Taschenbänder noch dicker geschwollen als am 25. VI.

17. VII. Am linken Aryknorpel, an der Zungenfläche der Epiglottis und am linken Taschenbande kleine gelbliche Auflagerungen.

9. IX. Die Zungentonsille ist stark hypertrophisch, die Epiglottis ödematös, die Gegend der Aryknorpel geschwollen. An der Epiglottis und den Taschenbändern befinden sich kleine gelbliche Flecken. Stimmbänder von normalem Aussehen.

15. XI. Zungentonsille stark geschwollen. Beim Einblick in den Larynx sieht man nur schmale Streifen von den Stimmbändern, so werden sie von den geschwollenen Taschenbändern überragt. Aryknorpel- und Interarygegend geschwollen. Patientin hat am linken Oberschenkel Urticariaexanthem.

Die beiden anderen Herpesfälle, deren Krankengeschichte Kollege Hinsberg mir gütigst überliess, betreffen zwei Studenten der hiesigen Universität.

Fall III. Student N. erkrankte mit Kopfschmerzen, Mattigkeit, leichten Temperatursteigerungen und lebhaften Schluckbeschwerden. Es fanden sich an den Tonsillen und Gaumenbögen, sowie am freien Rande der Epiglottis mehrere kleine graue Stellen, die grosse Ähnlichkeit mit Plaques hatten. Beim Wegwischen der Beläge traten flache Erosionen zu Tage. Nach zwei Tagen entstand unter leichtem Anstieg der Temperatur eine typische Herpeseruption an der Oberlippe. Die Bläschen trockneten bald ein, verschwanden spurlos, ebenso die Beläge auf den Gaumenbögen, Tonsillen und Epiglottis.

Fall IV. Student A. suchte wegen Heiserkeit, Brennen im Halse, Schmerzen beim Schlucken Hilfe in der Königlichen

Universitäts-Poliklinik für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkranke nach. Im Rachen fand sich ausser einer mässigen Röte nichts Besonderes. Dagegen sah man deutlich auf den Taschenbändern mehrere kleine Bläschen, an deren Stellen am folgenden Tage kleine graue Häutchen zu bemerken waren. Drei Tage später unter Steigerung der Schlingbeschwerden eine Eruption von mehreren kleinen Bläschen am freien Rande der Epiglottis. Nach einigen Tagen ging die Affection in Heilung über.

Die erste Krankengeschichte zeigt uns das Bild eines chronischen, in Schüben auftretenden, auf den Larynx und seine nächste Umgebung sich localisierenden Herpes, der gleichzeitig mit Urticaria der Haut verbunden ist. Die beiden anderen Fälle sind Formen des acuten Herpes, von denen der erstere mit Lippenaffection verknüpft war.

Wie beim Pemphigus, so ist auch hier nicht der Platz, um über die Ätiologie des Herpes zu discutieren. Es sei nur darauf hingewiesen, dass die Untersuchung des Larynxherpes keine neuen Gesichtspunkte in dieser viel erörterten Frage giebt.

Was die Differentialdiagnose gegen Pemphigus anbetrifft, so verweise ich auf das unter Pemphigus Angeführte. Schwieriger ist die Abgrenzung gegen einen gleichzeitig bestehenden zweiten exsudativen Larynxprozess, wie in dem Falle II, weil man hier geneigt ist, die combinierten Symptome der beiden Erkrankungen auf eine einheitliche Ursache zurückzuführen.

Von den dem Herpes verwandten oder ihm ähnlichen Formen sei zunächst der

„Impetigo herpetiformis“

besprochen.

Otto Seifert (52) sah in einem mehrfach von anderer Seite publicierten Falle dieser Art zeitweilig an der Epiglottis halbbohnengrosse Plaques mit grauweissem Belage bedeckt, nach dessen Entfernung eine erodierte Fläche zu Tage trat.

Bei einem in hiesiger Königlichen Hautklinik beobachteten Falle, der später ad exitum kam — es handelte

sich um eine gravide Frau — bemerkte Dr. Hinsberg, der demnächst die Krankengeschichte, sowie den mikroskopischen Befund ausführlich publicieren wird, ausser starker Hautbeteiligung ein weisses Bläschen am rechten Stimmbande. Bei der Section erwies sich das Bläschen als geplatzt. An seiner Stelle fand sich ein grauer Belag, der nach Wegwischen eine seichte Erosion zu tage treten liess.

Bei dieser Erkrankung läge, wenn die Schleimhautaffection nicht leicht diagnosticierbar ist, eine Verwechselung mit Pemphigus nahe.

Viel häufiger als der Impetigo herpetiformis, aber lange nicht so häufig wie in der Mundhöhle sind

„die Aphthen“

im Larynx.

Die Kehlkopferkrankung schliesst sich secundär an aphthöse Schleimhautaffectionen der Mund- und Rachenhöhle oder auch an gleichzeitig bestehende Aphtheneruptionen der Genitalien an. [Neumann (53), Christlieb (54).] Die Erscheinungen im Kehlkopfe sind dieselben wie auf der Schleimhaut der Mund- und Rachenhöhle.

Über die Localisationsstellen der einzelnen Herde finde ich eine Bemerkung in dem Christlieb'schen Falle, wo die Lgg. ary-epiglottica, das Lg. pharyngo-epiglotticum sinistrum, die linguale und laryngeale Fläche des Kehldeckels befallen waren.

Wenn Aphtheneruptionen neben typischen Efflorenzen auf der Mundhöhlenschleimhaut auftreten, so wird ihr Erkennen leicht sein. Isoliertes Auftreten von Aphthen im Larynx ist bisher nicht publiciert, also eine Verwechslung kaum möglich. Mit Herpes könnten Aphthen dann verwechselt werden, wenn bei ersteren keine Bläschen, sondern nur fibrinös belegte Defecte sichtbar sind, jedoch wird die Unterscheidung nach den anderweitigen Localisationen möglich sein.

Anreihen möchte ich nun eine unter den verschiedensten Namen beschriebene Affection, bei der es zur Bildung von

winzig kleinen Bläschen im Kehlkopfe, sowie auf den benachbarten Schleimhäuten kommt, nämlich

„die Miliaria".

Schech (55) giebt, ohne zu erwähnen, dass er selbst Fälle derart gesehen hat, wohl im Anschlusse an Löris (56) Mitteilungen, folgende Beschreibung: „Miliaria, gries- bis hirsekorngrosse, mit meist wasserheller, bei längerer Dauer mit weisslich milchiger Flüssigkeit gefüllte Bläschen. Wenn dieselben platzen, bilden sich weissliche aus Epithelfetzen bestehende Auflagerungen, nach deren Abstossung jedoch keine Narbe zurückbleibt."

M. Schmidt (57) führt vier mindestens sehr ähnliche Fälle von Bläschenbildung auf der Schleimhaut der oberen Luftwege an, die er als Eczem bezeichnet.

Weichselbaum (58) beschreibt eine im Jahre 1892 in der Nähe von Wien weit verbreitete Affection unter dem Namen Miliaria epidemica, die mit unserer Erkrankung nichts zu thun hat. Es kam dabei unter mehrmaligen Schüttelfrösten, nachträglichen profusen Schweissausbrüchen, Mattigkeit und hohem Fieber zum Auftreten von roten Knötchen, Bläschen und Pusteln am Stamme und der Halsregion.

Bei der Miliaria der oberen Luftwege scheinen im Gegensatze dazu die Beschwerden gering zu sein, höchstens Brennen und Kitzelgefühl bei massenhaftem Auftreten. Eigene Beobachtungen stehen uns leider nicht zu Gebote.

Das Auftreten von

„Varicellen"

im Kehlkopfe ruft klinische Erscheinungen hervor, die von einer einfach katarrhalischen Entzündung bis zu den schwersten Dyspnoeanfällen variieren können.

Laryngoskopisch sieht man diffuse oder fleckige Rötung, typische Varicellenbläschen oder die durch Platzen derselben entstandenen seichten Geschwüre.

Häufiger localisieren sich die Bläschen an der Epiglottis, der Arygegend, den ary-epiglottischen Falten, als

im Innern des Larynx selbst. Treten sie dort auf, so können sie schwere Symptome herbeiführen, und nach Harlez (59) ist die Laryngitis varicellosa eine der lebensbedrohlichsten aller secundären Laryngitiden (auf vier Fälle kamen drei Todesfälle) und im vierten Falle wurde die Heilung nur durch schleunige Tracheotomie möglich. Harlez meint, dass die schweren Erstickungserscheinungen durch Glottiskrämpfe herbeigeführt würden, an denen lediglich Anwesenheit von Varicellenbläschen in der Regio subglottica schuld sein sollen.

Die Diagnose ist in allen Fällen auf Grund des Hautexanthems gestellt worden.

Die Statistik über

„Variola“

im Larynx führt zu den verschiedensten Resultaten. Wagner (60) beobachtete unter 170 tödlichen Pockenfällen 144 mal Kehlkopfbeteiligung, Rühle (61) dagegen die Bildung von echten Pockenpusteln nur vereinzelt bei 54 Variolakranken.

Nach den verschiedenen Beobachtungen sind katarrhalische Erscheinungen, diffuse Schwellungen, Pusteln, Ulcerationen und Narben sicher gesehen worden.

Schrötter und Otto Seifert (62) beobachteten typische Blatternarben im Larynx. Ob echte Pusteln bei Variola im Kehlkopfe vorkommen, darüber ist noch nicht entschieden, ebenso wie Eppingers (63) Pseudopusteln und Gottsteins (64) subepitheliale Eiterherde aufzufassen sind.

Einen besonderen Sitz bevorzugen die Blattern im Kehlkopfe nicht; etwas häufiger werden die Stimmbänder und die laryngeale Kehldeckelfläche befallen.

Auch hier wird die Allgemeinerkrankung bezw. die Hauteffloreszenzen die Diagnose in der Regel leicht machen.

Auf die Gefährlichkeit der Variola im Larynx, besonders auf das häufige Eintreten von Perichondritiden sei hier nur kurz hingewiesen.

Eine seltene Erscheinung ist das Auftreten von

„Erythema exsudativum multiforme“

im Larynx.

Alleinige Localisation daselbst ist bisher nicht beobachtet worden. Seifert[1]) führt drei Fälle einer derartigen Erkrankung an, die von Breda, Schötz und Köbner beobachtet wurden. Eine Ergänzung hierzu bietet ein weiter unten berichteter Fall, der in unserer Poliklinik längere Zeit in Beobachtung stand.

Im Anschlusse an diese vier Fälle lässt sich etwa folgendes Krankheitsbild des Erythema exsudativum multiforme im Larynx aufstellen.

Die Erkrankung setzt plötzlich ein, ruft heftige Schluckbeschwerden hervor. Die sie manchmal begleitenden Temperatursteigerungen erreichen meistens nur mässige Grade.

Im Larynx findet man neben Zeichen einer allgemeinen Entzündung circumscripte eigenartig bläulich bis kupferrot gefärbte Prominenzen, auf denen sich kleine gelbliche Auflagerungen befinden. In einigen Fällen treten kleine Necrosen auf, welche zu flachen Erosionen führen. Allmählich wird das Ganze resorbiert und heilt ohne Narbenbildung ab.

Die Localisation der Efflorescenzen fand sich bei Schötz, Köbner und Breda an der Epiglottis und dem Ventriculus laryngis, während sie bei Fall V am freien Rande der Epiglottis, an der lingualen Fläche derselben, in beiden Sinus pyriformes und auf der Pl. pharyngo-epiglottica beobachtet wurden.

Die Krankengeschichte unseres Patienten ist folgende:

Fall V. Albert E., 57 Jahre alt, Handschuhmacher, kam am 29. I. 1897 in die Poliklinik mit Klagen über Schluckschmerzen und Brennen im Halse. Diese Erscheinungen hätten vor vier Tagen angefangen und allmählich an Intensität zugenommen. Anamnestisch ist zu bemerken, dass Patient schon vor zwei Jahren dasselbe Leiden einmal gehabt haben will.

[1]) Heymanns Handbuch der Laryngologie und Rhinologie. 1898. Bd. I, pag. 449.

Befund: Die Epiglottis ist lebhaft gerötet. Auf ihrer lingualen Fläche, in den beiden Sinus pyriformes, auf der Pl. pharyngo-epiglottica sieht man weissgelbe, halblinsengrosse bis hirsekorngrosse, teils vereinzelt, teils in Gruppen von 2—5 stehende Auflagerungen von noch nicht 1 mm Dicke. Die Efflorescenzen sind meist rundlich, zum teil auch ovoid, von glatten Rändern umgeben, nur stellenweise finden sich unregelmässige Auszackungen. An der Fläche des freien Epiglottisrandes prominieren sie am stärksten, machen den Eindrnck von zähen Häutchen, lassen sich in toto abheben, ohne dass es blutet. Die entzündete Mucosa ist stark geschwollen und injiciert, sodass der ganze Herd die Oberfläche eines abgestumpften Kegels darstellt. Die Rötung ist stellenweise ganz dunkel bis kupferrot. Wo die Herde in Gruppen stehen, ist die Rötung intensiver, als bei den einzelnen Herden. Temperatur 37,5°. 27. I. Die Anzahl der gelben Auflagerungen ist geringer geworden und ohne Narben zu hinterlassen geschwunden. Die übrigen anscheinend im Verschwinden begriffenen Stellen haben sich abgeflacht und zeigen an Stelle der vorher gesättigt gelben Farbe eine mehr rotbraune Färbung. Die Schluckbeschwerden haben bedeutend nachgelassen. Kein Fieber.

30. I. Im Larynx heute nur noch vereinzelte Auflagerungen, welche sich hauptsächlich am Rande der Epiglottis localisieren, Schlingbeschwerden minimal. An der Basis der Uvula linkerseits eine intensive Rötung mit einem deutlichen Stich ins bläuliche. In dieser Partie zwei blasse Stellen von etwa Hirsekorngrösse, an welchen keine deutlichen Auflagerungen zu erkennen sind.

Die Allgemeinerscheinungen, die typischen Prominenzen, welche sich ohne Narbenbildung resorbierten, die bläuliche bis kupferrote Farbe der Efflorescenzen, der schubweise Verlauf veranlassten uns, den Fall als Erythema exsudativum multiforme anzusehen. Hinsichtlich der Differentialdiagnose verweise ich auf das unter Pemphigus Angeführte.

Unter dem Namen „Laryngitis fibrinosa“ ist von Rosenberg (65) ein Fall am Lebenden und von Hansemann (66) vier Fälle an der Leiche beobachtet worden. Die Krankheit ergriff bei Hansemann Larynx, Pharynx und Trachea. Es handelte sich um ausgedehnte, scharf begrenzte Membranen von weisslicher Farbe, hier und da fetzige Auflagerungen und circumscripte Erosionen. Im

Falle von Rosenberg war die Schleimhaut zunächst an der Epiglottis, dann auch an den ary- und pharyngo-epiglottischen Falten mit einer grau-weissen dünnen Membran bedeckt, in deren Nachbarschaft lebhaft blassblutig rote Färbung der Schleimhaut vorhanden ist. Dieser Belag verschwand nach etwa acht Tagen, ohne eine Spur zu hinterlassen, trat aber an anderen Stellen gleichzeitig auf und so fort während der $1^1/_2$ jährigen Beobachtungszeit des Kranken. Begleitet war die Erkrankung von stechenden Schmerzen, aber ohne sonstige Störungen des Allgemeinbefindens. In den Fällen Hansemanns scheinen im Leben keine wesentlichen Störungen bestanden zu haben.

Chiari bemerkte in der Discussion, dass man im Falle von Rosenberg einen Pemphigus vermuten müsse. Sichergestellt ist das nicht. Immerhin stimmt das geschilderte Bild mit dem des Pemphigus nach Ablösung der Blasen sehr überein, sodass diese Vermutung sehr nahe liegt. Auch in den Fällen Hansemanns kann man sie wenigstens nicht von der Hand weisen.

Bei unserer zweiten Gruppe ist das Charakteristische die Knötchenbildung, welche wir bei Lichen und Erythema nodosum finden.

„Lichen ruber planus und acuminatus“,

letzterer jedoch sehr vereinzelt — treten in seltenen Fällen neben einer Beteiligung der Haut, der Mund- und Rachenhöhle auch im Larynx auf. Der Schleimhautlichen kann rein primär sein oder gleichzeitig mit der Hautaffection in Erscheinung treten. Seine Neigung zu Recidiven sei hier nur kurz erwähnt.

Die Beschwerden, welche Larynxlichen hervorruft, sind äusserst gering, höchstens wird über Brennen und leichte Heiserkeit geklagt.

Der Kehlkopfspiegel zeigt neben einer Rötung und Schwellung der befallenen Teile, kleine scharf umschriebene, teils blasse, teils rosa bis braunrot gefärbte, knötchenförmige Erhabenheiten, die oft eine Anordnung in Reihen

erkennen lassen. Mit dem Rückgange der Erkrankung werden die Knötchen, ohne dass ein Zerfall eintritt, resorbiert. An ihrer Stelle sieht man noch lange Zeit bräunliche Flecken. Bei den Recidiven kommt es nach Stobwasser (67) zu keiner neuen Knötchenbildung mehr, sondern es treten dann nur Sprenkelungen und weissliche Streifen, die oft netzartig ausgebreitet sind, auf.

Die Hauptlocalisation der Knötchen findet sich auf dem Kehldeckel, Plicae ary-epiglotticae und auf der Arygegend.

Das mikropapulöse Syphilid, auch Lichen syphiliticus genannt, ähnelt in seiner Gestalt und Färbung ungemein dem Lichen. Lichen ruber pflegt sich jedoch rasch zurückzubilden, während Lichen syphiliticus Neigung zu längerem Bestehen zeigt und manchmal in papillomatöse Gebilde auswächst [M. Schmidt (68)]. Im allgemeinen wird eine Licheneruption auf der Haut die Diagnose klarstellen, sollten danach Zweifel bestehen, so wird ein promptes Reagieren auf Arsen für Lichen ruber, eine deutliche Rückbildung auf Gebrauch von Jodkali hin für Lues sprechen.

Hohe Fiebergrade, lebhafte Schlingbeschwerden, Heiserkeit, Drücken und Brennen treten auf, wenn das „Erythema nodosum“ den Larynx heimsucht.

Isoliertes Vorkommen dieser Affection im Kehlkopfe ist bisher nicht beobachtet. Meist befällt die Affection neben einer Beteiligung der Haut, der Mund- und Rachenhöhle erst den Larynx.

Man sieht hochrote bis kupferfarbene, kleinerbsengrosse Prominenzen deutlich aus der stark entzündeten Larynxmucosa hervorragen. Die Anzahl dieser Efflorescenzen ist gering. Allmählich resorbieren sich die Knoten wieder, oder es tritt eine Necrose in ihnen ein, die dann zu Geschwüren Veranlassung giebt.

Kehldeckel, Taschenbänder, Arygegend sind die Lieblingsstellen dieser Knoten.

Differentialdiagnostisch kommen Lichen ruber gegenüber folgende Momente in Betracht.

Lichen ruber geht mit geringen Beschwerden einher, während dem Erythema nodosum schwere Allgemeinerscheinungen eigen sind. Auch wird das Erythema nodosum durch innerlichen Gebrauch von Salicylsäure beeinflusst, während Lichen ruber auf Arsen reagiert. In zweifelhaften Fällen wird die Diagnose kaum anders möglich sein als durch Berücksichtigung der Haut und der anderen Schleimhäute. Dem macropapulösen Syphilid fehlen ebenfalls die Allgemeinerscheinungen. Die Beteiligung der anderen Schleimhäute, der Haut, sowie eine event. eingeleitete antiluetische Kur helfen die Diagnose sichern.

Dehnen sich die Exsudationsprozesse im Larynx über eine grössere Schleimhautfläche aus, so haben wir es mit der dritten Gruppe dieser eigenartigen Affectionen zu thun, in welche die Urticaria und das angioneurotische Ödem gehört.

Nur wenige Fälle weist die einschlägige Litteratur auf, in denen sich

„die Urticaria"

auf den Kehlkopf allein localisiert hatte. Meist tritt sie dort zu einer primären Hauteruption hinzu oder geht ihr voraus.

Die Krankheit beginnt plötzlich [M. Schmidt (68)], häufig jedoch mit Temperatursteigerungen verknüpft. So schnell und stürmisch sich die Erscheinungen entwickelt haben, ebenso rasch klingen sie ab. Jedoch bleibt eine gewisse Neigung zu Recidiven bestehen, so dass man die Urticaria, namentlich wenn sie die Schleimhäute der oberen Luftwege befällt, als eine chronisch intermittierende Affection wohl betrachten kann.

Die Beschwerden der Kranken sind Schmerzen beim Schlucken, Drücken und Fremdkörpergefühl im Halse, Heiserkeit und Atembeschwerden verschiedenen Grades.

In den meisten Fällen sieht man im Larynx kleinere beetartige Erhebungen aus der dunkelrot geschwollenen Schleimhaut hervortreten. So klare Bilder, wie sie Urticariaquaddeln auf der äusseren Haut bieten, scheinen auf den Schleimhäuten nicht vorzukommen. Nach kurzem Bestande werden die Infiltrate resorbiert. Bei häufigen Attacken bleibt die Schleimhaut in einem gewissen Stadium der Entzündung. Die Stimmbänder werden walzenförmig, uneben, weisen eine schmutzigrote Färbung auf. Die Taschenbänder nehmen ebenfalls an Volumen zu, die hintere Larynxwand verdickt sich, hindert den regelrechten Schluss der Stimmlippen bei der Phonation; dies alles sind die Ursachen dafür, dass Personen, die häufig an Urticaria leiden, auch in den anfallsfreien Zeiten eine heisere, leicht ermüdende Stimme haben, über Drücken und Brennen im Kehlkopfe klagen.

Die Urticaria tritt an den Stellen im Larynx auf, welche infolge ihrer histologischen Beschaffenheit und lockeren Anheftung an ihre Unterlage leicht durch einen exsudativen Prozess infiltriert werden können: die Plicae ary-epiglotticae, die linguale Seite und der Rand des Kehldeckels, die Taschenbänder, die Plica interarytenoidea und die Gegend der Aryknorpel.

In unserer Poliklinik für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkranke steht seit dem Jahre 1897 ein Fall von Urticaria in Behandlung, der bereits von Bachmann[1]) erwähnt, von Croce[2]) ausführlicher publiciert ist.

Bei dem Patienten traten, zuweilen im Anschlusse an Indigestionen neben typischem Urticariaexanthem auf der Haut, Veränderungen an den Schleimhäuten der oberen Luftwege auf. Im Larynx speciell, der sich stets in einem leicht chronisch entzündlichen Zustande befand, sah man zu Zeiten einer Urticariaeruption Schwellungen, umschriebenes

[1]) Medicinische Section der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur in Breslau. 1897.

[2]) Croce, Die Urticaria der oberen Luftwege. Dissertation. Breslau 1900.

Ödem, mit dem Sitze an den Stimmlippen, Spitzen der Aryknorpel, Plicae ary-epiglotticae und Plica interarytenoidea. Ein typischeres Urticariaexanthem ist bei ihm an der Schleimhaut nie beobachtet worden.

Die Ätiologie der Urticaria ist in den Fällen mit Schleimhautbeteiligung klargestellt, sodass Erörterungen darüber sich erübrigen.

Differentialdiagnostisch kämen in erster Linie die entzündlichen Ödeme in Betracht. Von ihnen sind die durch Allgemeinerkrankungen, wie z. B. Tuberkulose oder Syphilis, hervorgerufenen wegen ihrer Dauer gegenüber den flüchtigen Urticariaeruptionen auszuschliessen.

Endzündliche Ödeme, welche in der Umgebung von Fremdkörpern entstehen, lassen sich, wenn diese nicht sichtbar sind, mit einer Urticariaeruption verwechseln. Jedoch pflegt Urticaria sich rasch zurückzubilden, um nach kürzerer oder längerer Zeit von neuem, aber an anderer Stelle aufzutreten; während das durch einen Fremdkörper entstandene Ödem sich bald auf die Nachbarschaft ausbreiten, Temperatursteigerungen und schwere Allgemeinerscheinungen hervorrufen wird bezw. der Fremdkörper sichtbar werden wird.

Das Jodödem kommt wegen seiner diffusen Ausdehnung Urticaria gegenüber wenig in Betracht.

Nicht entzündliche, auf einer Kreislaufstörung beruhende Ödeme kann man durch eine genaue Untersuchung des Körpers sowie des Urin ausschliessen.

Die Abgrenzung gegen das angioneurotische Ödem wird weiter unten besprochen werden.

Da das Bild der Urticaria so wenig charakteristisch ist, so müssen wir bei Kehlkopfentzündungen, deren Ätiologie nicht klar ist, daran denken, nach Hauturticaria zu forschen.

Nahe verwandt mit der Urticaria sind jene Schwellungsprozesse im Larynx, die unter dem Namen acuter Ödeme, teils als „angioneurotisches Ödem“ [Strübing (70), Dinkelacker (71), Quincke (72)] gehen. In den von A. Rosen-

berg, Alexander und Scheinmann (73) veröffentlichten Fällen blieb die Affection allein auf den Kehlkopf beschränkt. Meist ist ausser ihm noch gleichzeitig die Mund- und Rachenhöhle, sowie die äussere Haut — und letztere dann secundär — mitbeteiligt. Oder es treten zuerst Ödeme auf der Haut und dann auf den Schleimhäuten der oberen Luftwege auf.

Acut pflegen sich die Ödeme zu entwickeln, um nach kurzem Bestande spurlos zu verschwinden. Ist erst einmal ein derartiges Ödem dagewesen, so quälen häufige Recidive die Patienten ausserordentlich.

Die klinischen Erscheinungen richten sich nach dem Sitze. Schlingschmerzen, Druck und Fremdkörpergefühl im Halse, Heiserkeit und Atemnot, bis zur hochgradigsten Orthopnoe sind die Beschwerden, weswegen die Kranken den Arzt aufsuchen. In einzelnen Fällen hat man auch Somnolenz, Darmerscheinungen, Auslösung von psychischen Affecten beobachtet [Strübing (74)]. Treten die Ödeme auf der Haut auf, so werden die Kranken durch die pralle Spannung hauptsächlich belästigt.

Im Larynx findet man blasse Schwellungen von verschiedener Ausdehnung. Strübing beobachtete bei seinen Fällen eine von der Mundhöhle rasch auf den Kehlkopf fortschreitende Rötung und dann erst das Auftreten von Ödemen. Überall dort, wo das submucöse Gewebe eine lockere Anheftung aufweist, localisieren sich die Ödeme, so auf den Plicae ary-epiglotticae, der lingualen Seite und am freien Rande des Kehldeckels, auf den Taschenbändern, Arygegend und Stimmlippen.

Zweifellos gehören in diese Gruppe hinein die von Strübing, Dinkelacker, Quinke und Schadewaldt veröffentlichten Fälle, denen noch der von Lublinski (74) anzureihen ist. Bei letzteren traten im Anschlusse an Gemütsbewegungen Anschwellungen des Gesichts, des Halses, Nackens, des oberen Teiles der Brust, der Vorderarme und des Handrückens, der Unterschenkel und der Knöchel, sowie rauhe belegte Stimme und anhaltende

Atembeschwerden auf. Im Larynx fand sich eine ödematöse Schwellung ohne Rötung des Kehldeckels, der Plicae ary-epiglotticae, Aryknorpelgegend und Plica interarytenoidea. Bei den von A. Rosenberg, Alexander und Scheinmann beschriebenen Fällen fehlt zu dem charakteristischen Bilde die Hautbeteiligung. Bei anderen Autoren ist die Beschreibung der Affection nicht so zweifellos, dass man bei ihnen nicht auch an andere verwandte Krankheitsgruppen denken könnte. Auch unser Fall II von Karoline L. liess uns lange Zeit im Zweifel, welcher Krankheitsgruppe wir ihn einreihen sollten. Schliesslich haben wir ihn als Herpes neben Urticaria aufgefasst.

Mit Quincke und Strübing nehmen alle anderen Autoren eine Angioneurose als ätiologisches Moment an. Leider aber ist immer noch die auslösende Ursache unbekannt. Nach Strübing, Quincke und Lublinski sollen Erkältungen, seelische Erregungen die Erkrankung im Gefolge haben.

Gegen Verwechselung mit Stauungsödemen, nephritischen oder arthritischen Ursprunges schützt eine genaue Untersuchung des übrigen Körpers.

Urticaria wird man nur bei einer typischen Hautbeteiligung ausschliessen können.

In wenige Worte lassen sich die Resultate, welche aus obigen Erörterungen über die den Dermatosen analogen Schleimhaut-Erkrankungen des Kehlkopfes hervorgehen, fassen.

Die exsudativen Prozesse im Larynx sind Teilerscheinungen eines Allgemeinleidens. In der Mehrzahl der bisher beobachteten Fälle traten neben der Kehlkopfaffection gleichartige Beteiligung der übrigen Schleimhäute der oberen Luftwege, sowie der äusseren Haut auf. Das isolierte Vorkommen dieser Erkrankungen im Larynx gehört zu den Ausnahmen.

Das Einsetzen der Affectionen pflegt ziemlich stürmisch zu erfolgen. Lichen ruber allein weicht davon ab, indem er allmählich sich entwickelt und erst eine bestimmte Aus-

dehnung erreichen muss, ehe er Beschwerden,. und dann auch nur geringe, verursacht.

Fieber fehlt dem angioneurotischen Ödem, der Urticaria, dem Lichen und der Laryngitis fibrinosa, während die anderen Affectionen im Beginn stets mit erhöhter Temperatur einhergehen.

Der Form ihres Auftretens nach kann man sie wohl fast alle als acute und chronisch recidivierende Affectionen bezeichnen. Klinisch treten sie mit Schlingbeschwerden, Drücken und Brennen im Kehlkopfe, Heiserkeit und Atemnot in Erscheinung.

Binnen wenigen Tagen pflegen die einzelnen Affectionen mit Ausnahme des Lichen ruber abzuklingen, jedoch lassen sich wiederum nach der Dauer ihres Bestehens, ihren laryngoscopischen Bilderreichtum, sowie ihren wechselseitigen Beziehungen einzelne Gruppen trennen.

In die erste Gruppe möchte ich den Herpes, die Urticaria und das angioneurotische Ödem einreihen.

Ganz plötzlich treten bei ihnen die Krankheitssymptome auf, erreichen binnen wenigen Stunden ihren Höhepunkt, um dann schnell abzuklingen. Die für diese Erkrankungsformen typischen Efflorescenzen entwickeln sich und gehen derart rasch zurück, dass das laryngoscopische Bild äusserst bunt gestaltet ist.

Den Übergang zu der dritten Gruppe, dem Pemphigus, bilden die Erytheme.

Auch hier findet noch eine schnelle Entwicklung der Larynxprozesse statt. Das Spiegelbild zeigt uns jedoch schon das schrittweise Entstehen der Herde, eine gewisse Stabilität derselben. Auch pflegt der Ablauf im allgemeinen sich länger hinzuziehen als bei der ersten Gruppe.

Noch langsamer entwickeln sich die Beschwerden beim Pemphigus. Seine Efflorescenzen treten je nach der Schnelligkeit der Exsudation in Form von Blasen oder graugelblichen Auflagerungen auf. Erstere bersten rasch durch geringe traumatische Einwirkungen und machen dann grauen Belägen oder Erosionen Platz, welche ebenso

wie die auf oben geschilderte Weise entstandenen Auflagerungen eine grössere Stabilität besitzen.

Als zur vierten Gruppe gehörig möchte ich den Lichen erwähnen.

Langsam und ohne Beschwerden zu verursachen entwickeln sich bei ihm die Knötchen, welche erst bei einer bestimmten Anzahl und Ausbreitung geringes Brennen hervorrufen. Das Spiegelbild zeigt constant die blassrosa gefärbten Knötchen, die sich nach der Peripherie hin ausbreiten. Ganz allmählich tritt erst im Centrum eine Resorption ein, während ringsherum der Prozess fortschreitet.

Die Neigung zu Recidiven ist bei den exsudativen Kehlkopfprozessen sehr ausgeprägt. Die Affectionen kehren häufiger wieder, immer kleiner werden zuweilen die anfallsfreien Zwischenzeiten, so dass sich schliesslich ein chronisch entzündlicher Zustand im Larynx entwickelt, der den Patienten auch in gesunden Tagen abnorme Sensationen, belegte Stimme und rasche Ermüdung bei Stimmanstrengung verleiht.

Trotz der Häufigkeit ihrer Recidive und der damit verbundenen grossen Beschwerden sind die exsudativen Prozesse im Larynx als gutartige zu bezeichnen, wenn wir von Impetigo herpetiformis, Variola und Varicellen und einigen Ausnahmefällen bei Urticaria und angioneurotischem Ödem absehen.

Die Diagnose der besprochenen Prozesse wird leicht sein, wenn eine auffallende Hautbeteiligung da ist.

Eine Anzahl dieser Erkrankungsformen, wie z. B. der Pemphigus und der Herpes, werden sich manchmal ohne weiteres auch aus dem Kehlkopfbefunde allein diagnosticieren lassen. Etwas schwieriger gestaltet sich die Sache schon beim Erythema exsudativum multiforme. Doch ist auch hier für den Erfahrenen die Diagnose nicht mit allzugrossen Schwierigkeiten verknüpft. Ist die Haut nicht in Mitleidenschaft gezogen, so wird sich der Prozess erst durch häufige Untersuchungen und den weiteren Verlauf aufklären lassen; man wird in diesen Fällen im Anfange

sich darauf beschränken müssen, allgemeinhin eine exsudative Larynxerkrankung anzunehmen.

Therapeutischen Bestrebungen gegenüber zeichnen sich diese eigenartigen Kehlkopfaffectionen durch erhebliche Hartnäckigkeit aus. Nur zwei von ihnen lassen sich durch bestimmte Mittel erfolgreich bekämpfen, nämlich der Lichen durch Arsen und das Erythema nodosum durch Salicylsäure. Bei den übrigen Affectionen wird man sich darauf beschränken müssen, wie bei anderen acuten Kehlkopfentzündungen rein symptomatisch vorzugehen.

Zum Schluss meiner Arbeit erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Prof. Dr. Kümmel für die vielseitige Unterstützung und Herrn Privatdocenten Dr. Hinsberg für freundliche Überlassung von Krankengeschichten meinen wärmsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

1. Schech: Die Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre. 1897. pag. 108.
2. Klemperer: Handbuch der Laryngologie und Rhinologie. 1898. II, 1. Bd., pag. 1287.
3. Schmidt, M.: Die Krankheiten der oberen Luftwege. 1898. pag. 110.
4. Schech: Die Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre. 1897. pag. 108.
5. Schech: Die Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre. 1897. pag. 109.
6. Schrötter: Monatsschr. f. Ohrenheilkunde. 1896. pag. 234.
7. Luithlen: Zur Lehre und Diagnostik des Pemphigus. Wien. klin. Wochenschr. 1897. No. 29.
8. Max Joseph: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. I. 1895. pag. 222.
9. A. Thost: Über chronischen Pemphigus der Schleimhäute. Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1896. pag. 165.
10. Heryng: Pemphigus der Schleimheit des Rachens und des Kehlkopfes. 1892. Noving lekarskie No. 5.
11. Menzel: Zur Kenntnis des Schleimhautpemphigus. Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1899. pag. 159.
12. Wagnier: Über einen Fall von pemphigusartiger Blaseneruption im Larynx. Jahresversammlung belgischer Laryngologen und Otologen. Lüttich, Pfingsten 6. Juni 1892.
13. Thost: Über chronischen Pemphigus der Schleimhäute. Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1896. pag. 165.
14. Heryng: Pemphigus der Schleimhaut des Rachens und des Kehlkopfes. Noving lekarskie No. 5. 1892.
15. Charter Symonds: A case of socalled pemphigus of the conjunctiva with associated lesions in the mouth and in the larynx. Transactions of the clin. Soc. 1890. pag. 274.
16. J. Killian: Zur Diagnose gewisser Frühformen von Pemphigus mucosae. Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1892. No. 6. pag. 157.

17. Max Joseph: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. I. 1895. pag. 222.

18. Wagnier: Jahresversammlung belgischer Laryngologen und Otologen. Lüttich, Pfingsten 1892.

19. Riehl: Zur Kenntnis des Pemphigus. Wien. med. Jahrbücher 1885.

20. J. S. Richards: Pemphigus des Mundes, Pharynx, Larynx aus der Haut. Monatsh. f. prakt. Dermat. 1900. pag. 548.

21. Heryng: Pemphigus der Schleimhaut des Rachens und des Kehlkopfes. Noving lekarskie No. 5. 1892.

22. Riehl: Zur Kenntnis des Pemphigus. Wien. med. Jahrbücher 1885.

23. J. Killian: Zur Diagnose gewisser Frühformen von Pemphigus mucosae. Monatsschr. f. Ohrenhlk. 1892. pag. 157.

24. Max Joseph: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. I. 1895. pag. 222.

25. Fuchs: Pemphigus vulgaris mucosae, Nasi, Oris, Pharyngis, Laryngis, Genitalium cutisque. Sitzungsberichte der Gesellschaft der ungar. Ohren- und Kehlkopfärzte. Sitzung vom 15. Oktober 1897.

26. Irsai: Fall von Pemphigus laryngis. Internationale klin. Rundschau 1891. No. 28, 29.

27. Alexander Baurowitz: Pemphigus der Schleimhäute. Bericht aus der Abteilung des Prof. Pieniatzek in Krakau. Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1899. pag. 563.

28. Charter Symonds: A case of socalled pemphigus of the conjunctivae with associated lesions in the mouth. and in the larynx. Transactions of the clin. Sec. 1890. pag. 274.

29. Thost: Über chronischen Pemphigus der Schleimhäute. Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1896. pag. 165.

30. Franke: Pemphigus und essentielle Schrumpfung der Bindehaut des Auges. Deutsche Medicinalztg. 1900. pag. 863.

30a. Kaposi: Eulenburgs Real-Encyclopaedie. XVIII. Bd.

31. Kreibich: Histologie des Pemphigus der Haut und der Schleimhaut. Arch. für Dermatologie und Syphilis. I. Bd. pag. 375.

32. Chiari: Beiträge zur Diagnose des isolierten Pemphigus der Schleimhaut der oberen Luftwege. Wien. klin. Wochenschrift No. 20. 1893.

33. Killian: Zur Diagnose gewisser Frühformen von Pemphigus mucosae. Monatsschr. f. Ohrenhlk. 1892. No. 6. pag. 157.

34. Mandelstamm: Zur Casuistik und Diagnose des Pemphigus der Mundhöhlen- und Rachenschleimhaut. Berl. klin. Woch. No. 49. 1891.

35. Menzel: Zur Kenntnis des Schleimhautpemphigus. Monatsschrift für Ohrenheilkunde. 1899. pag. 159.

36. Lesser: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. 1886. II. pag. 226.

37. M. Schmidt: Die Krankheiten der oberen Luftwege. 1897. pag. 528.

38. Scholefield: Case of herpes of the larynx. Lancret. 1892.

39. Stepanow: Einige Bemerkungen über zwei Fälle von Herpes laryngis. Monatsschr. für Ohrenheilkunde. 1885. No. 8. pag. 237.

40. Brindel: Über Herpes laryngis. Revue de laryngologie et otologie. 1895. No. 6.

41. Schech: Die Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre. 1897. pag. 109.

42. Paul Olivier et A. Sauvagnat: Herpes exclusivement larynge. La Parole. 1899. pag. 594.

43. Castanneda: Idiopatischer Herpes des Larynx. La Oto — Rino —, Laryngol. Espanuel. No. 20. 1899.

44. Davy: Contr. à l'étude de l'herpes des muqueuses. De l'herpes du larynx. Thèse Paris. 1882.

45. Grognot: Herpes opalin de la gorge et du larynx. Le Concours méd. 15 Novemb. 1894.

46. Paul Olivier et A. Sauvagnat: La Parole. 1899. pag. 594.

47. Chapmann: La Parole. 1899. pag. 596.

48. M. Schmidt: Die Krankheiten der oberen Luftwege. 1897. pag. 528.

49. Paul Olivier et A. Sauvagnat: La Parole. 1899. pag. 594.

50. M. Schmidt: Die Krankheiten der oberen Luftwege. 1897. pag. 528.

51. Grognot: Herpes opalin de la gorge et du larynx. Le Concours méd. 15 Novemb. 1894.

52. Otto Seifert: Handbuch der Laryngologie und Rhinologie von Heymann. 1898. Bd. I. pag. 448.

53. Neumann: Archiv für Dermatol. 1889.

54. Christlieb: Über Stomatitis und Vulvitis aphthosa. Dissertat. Würzburg 1893.

55. Schech: Die Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre. 1897. pag. 108 und 109.

56. Löri: Die durch anderweitige Erkrankungen bedingten Veränderungen des Rachens, des Kehlkopfes und der Luftröhre. 1885. Stuttgart.

57. M. Schmidt: Die Krankheiten der oberen Luftwege. 1897. pag. 531 und 532.

58. Weichselbaum: A. Drasche und A. Weichselbaum über Miliaria. Wien. med. Blätter. No. 20. 1892.

59. Harlez: Suffocative Laryngitis bei Varicellen. Indépendance méd. 14. Juli 1897.

60. Wagner: Archiv der Heilkunde. 1872. pag. 247.

61. Rühle: Die Kehlkopfkrankheiten. Berlin. 1861.

62. Otto Seifert: Handbuch der Laryngologie und Rhinologie von Heymann. 1898. Bd. I. pag. 448.

63. Eppinger: Pathologische Anatomie des Larynx und der Trachea. Berlin. 1880. pag. 88.

64. Gottstein: Die Krankheiten des Kehlkopfes. 1893. pag. 357.

65. A. Rosenberg: Über Laryngitis fibrinosa chronica. Monatsschr. für Ohrenhlk. 1897. pag. 509.

66. Hansemann: Vier Präparate chronischer fibrinöser Laryngitis und Tracheitis. Verhandlungen der Laryng. Gesellschaft zu Berlin. Sitzung vom 9. XII. 98. pag. 36.

67. Stobwasser: Über die Localisation des Lichen ruber planus auf den Schleimhäuten. Deutsche med. Woch. No. 5. 1899.

68. M. Schmidt: Die Krankheiten der oberen Luftwege. 1897. pag. 429.

69. M. Schmidt: Die Krankheiten der oberen Luftwege. 1897. pag. 537.

70. Strübing: Über angioneurotisches Larynxödem. Monatsschrift für Ohrenheilkunde. 1886. pag. 314.

71. Dinkelacker: Acutes Ödem. Dissertation. Kiel. 1882.

72. Quincke: Über acutes umschriebenes Hautödem. Monatsschrift für prakt. Dermatologie. 1882. Bd. I. pag. 129.

73. Berliner laryngologische Gesellschaft vom 15. II. 95.

74. Lublinski: Diffuses chronisches Hautödem mit Beteiligung des Kehlkopfes. Berl. klin. Woch. 1900. No. 49.

Lebenslauf.

Am 13. Juli 1876 wurde ich zu Gnesen als zweiter Sohn des Gymnasiallehrers Dr. Ludwig Rummler geboren. Ich besuchte die Gymnasien zu Meseritz, Schneidemühl und Rogasen. An letzterer Anstalt absolvierte ich am 12. März 1895 das Abiturientenexamen. Darauf widmete ich mich dem Studium der Medicin in Breslau, wo ich am 27. Februar 1897 das Tentamen physicum bestand. Die klinischen Semester studierte ich in Jena und bestand dort am 16. März 1900 das Staatsexamen. Seit April 1900 bin ich an der hiesigen Königlichen Universitäts-Poliklinik für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten als Volontärarzt beschäftigt.

Thesen.

1. Bei der Behandlung der chronischen, trockenen Mittelohrkatarrhe ist das Hauptgewicht auf methodisches Erweitern der Tuben durch Bougies zu legen.

2. Unüberwindliche Tubenstenosen lassen sich erfolgreich mit Electrolyse behandeln.